

メディカルスタッフ証明書

第 55 回日本神経学会学術大会

大会長 吉良 潤一 殿

下記の者は、当院のメディカルスタッフであることを証明します。

氏 名： _____

生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

職 種： _____

お手数ですが、職種まで必ず記載をお願いいたします。

2014 年 _____ 月 _____ 日

住 所：〒 _____

所 属 名： _____

責任者署名： _____

所属部科長に署名・捺印をいただいでください。
本証明書は学会当日、受付窓口にご提出ください。